



## A psicoterapia na clínica psicossomática

Christiane Pellegrino Rosa\*

José Tolentino Rosa\*\*

Resenha de Livro:

Schoenberg, P. (2007). *Psychosomatics – the uses of psychotherapy* [Os usos da psicoterapia em psicossomática]. London: Palgrave MacMillan, 272 p.

### Resumo

O autor introduz o livro com a afirmação de Winnicott: “a palavra psicossomática é necessária, porque não existe nenhuma palavra simples que seja apropriada na descrição de certos estados clínicos”. A confiança em uma mãe com capacidade de *holding* e de manejo do bebê fornecerá o sentido de unidade do ser e facilita, assim, uma integração da mente com corpo: isto permite um desenvolvimento saudável da expressão emocional, de modo que os sentimentos possam ser por ele experimentados de forma segura e significativa. Este livro ilustra as maneiras em que tal situação pode ser perturbada e, mais tarde, interrompido, causando os desafios da unidade mente e corpo. Descreve os mecanismos mentais e psicofisiológicos que conduzem, então, à emergência de sintomas psicossomáticos.

*Descritores:* psicanálise; psicoterapia; psicossomática.

### Book review: Psychosomatics – the uses of psychotherapy

#### Abstract

The book starts with a citation of Winnicott: “the word psychosomatics is needed because there is no other simple word that is appropriated in the description of certain clinical states”. The trust in a mother with holding and handling management of her baby will create a sense of unity and facilitate this way an integration of mind and body: this permit the healthy development of emotional expression, in which way that the sentiments can be experienced in a secure and significant way. The book illustrates the ways in which such situation can be disturbed and later interrupted, causing challenges of the mind and body unity. It describes the mental psycho-physiologic mechanisms that lead then to the emergency of psychosomatic symptoms.

*Index-terms:* psychosomatic; psychotherapy; psychoanalysis

### Synthèse du livre : La psychothérapie en clinique psychosomatique

#### Résumé

Les débuts du livre sont avec une citation de Winnicott : “le mot psychosomatique est nécessaire parce qu’il n’y a aucun autre mot simple qui est approprié dans la description de certains états cliniques”. La confiance dans une mère capable de maintien (*holding*) et bien s’occuper du bébé lui donnera la signification de l’unité de l’être et facilitera de cette façon une intégration de l’esprit et du corps : ceci permet le développement sain de l’expression émotive, de façon que les sentiments puissent être éprouvés d’une manière assurée et significative. Le livre illustre les manières dans lesquelles

\* Médica anesthesiologista do Serviço Médico de Anestesiologia do Hospital Sírio Libanês, membro do Núcleo de Dor do Hospital Sírio Libanês. Certificado de Atuação em Dor AMB/SBA. Mestre pelo Departamento de Ortopedia e Reabilitação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto. [chris.pellegrinorosa@mac.com](mailto:chris.pellegrinorosa@mac.com)

\*\* Psicólogo; professor titular da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, UMEPS; professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo.

une telle situation peut être dérangeante et plus tard s'interrompre, entraînant les défis entre l'unité de l'esprit et du corps. Il décrit les mécanismes psychophysiologiques et mentaux qui mènent alors à l'émergence des symptômes psychosomatiques.

*Mots-clés* : psychosomatique ; psychothérapie ; psychanalyse.

## Reseña del libro: La psicoterapia en la clínica psicossomática

### Resumen

Inicia el libro con la aceveración de Winnicott: la palabra psicossomática es necesaria porque no existe ninguna palabra simple apropiada para la descripción de ciertos estados clínicos. La confianza en una madre con capacidad de **holding** y de manejo del bebé, proporcionará el sentido de unidad del ser y facilita de esta manera la integración de la mente con el cuerpo: lo cual permite un desarrollo saludable de la expresión emocional, de modo que el bebé pueda experimentar los sentimientos de forma segura y significativa. Este libro ilustra las maneras en las que esa situación se puede perturbar y posteriormente puede interrumpirse, causando los desafíos de la unidad mente y cuerpo. Describe los mecanismos mentales y psicofisiológicos que llevan a la emergencia de síntomas psicossomáticos.

**Descriptor:** Psicoanálisis; psicoterapia; psicossomático

A leitura é agradável, e o livro contém as informações necessárias para preencher as lacunas entre os práticos de saúde e os psicoterapeutas que cuidam de pacientes com condições médicas e psicossomáticas.

Consultor de psicoterapia e psiquiatria da *University College London (UCL)*, Peter Schoenberg é conferencista clínico honorário senior do *Royal Free* e da Faculdade de Medicina da UCL, Londres. No livro, Peter Schoenberg explica as bases neuropsicológicas para a compreensão das reações psicossomáticas; fornece detalhes clínicos dos distúrbios, com material ilustrativo de estudos de caso clínico; fornece uma compreensão original da compreensão clínica dos distúrbios mente e corpo; e, por fim, mostra familiaridade com os principais conceitos do desenvolvimento humano da teoria psicanalítica, bem como as principais contribuições da psicanálise para a psicossomática.

Introduz o livro com a afirmação de Winnicott: “a palavra psicossomática é necessária, porque não existe nenhuma palavra simples que seja apropriada na descrição de certos estados clínicos” (Winnicott, 1989). A confiança em uma mãe com capacidade de *holding* e de manejo do bebê fornecerá o sentido de unidade do ser e facilita assim uma integração da mente com corpo: isto permite um desenvolvimento saudável da expressão emocional, de modo que os sentimentos possam ser por ele experimentados de forma segura e significativa.

Este livro ilustra as maneiras em que tal situação pode ser perturbada e, mais tarde, interrompida, causando os desafios da unidade mente e corpo. Descreve os mecanismos mentais e psicofisiológicos que conduzem, então, à emergência de sintomas psicossomáticos.

Nós sabemos da experiência subjetiva que temos uma mente e um corpo: embora na saúde estes sejam sentidos na maior parte como existindo em algum tipo de unidade e nós sentimos que vivemos dentro de nossos corpos, há momentos em que nós os vivenciamos como entidades separadas. Por exemplo, nas desordens dissociativas com despersonalização, é comum o sentimento de que a mente não pertence ao próprio corpo, levando a uma dolorosa sensação de irrealidade. Nos transtornos psicossomáticos, pode igualmente haver uma dissociação entre mente e corpo, embora permaneça inconsciente. Em alguns pacientes, quando a mente se encontra muito oprimida por emoções inconscientes, há dificuldade para manejá-las adequadamente, e o corpo se expressa, diretamente ou indiretamente, pelos sintomas ou doenças orgânicas. Estas manifestações orgânicas são apresentadas pelo paciente e, às vezes, o médico é o maior problema, com atuações iatrogênicas.

Schoenberg apresenta uma história para ilustrar este fenômeno.

Um homem novo desenvolveu dores pulsantes estranhas em sua bochecha direita, justamente depois de ter ido ao dentista para uma obturação. Atribuiu estas dores desagradáveis ao tratamento dental que tinha recebido e, durante os próximos dois anos, submeteu-se, em vão, a tratamento dental, a numerosos procedimentos de anestesia e exames neurológicos. Finalmente, foi encaminhado para psicoterapia no ambulatório do hospital e foi examinado por uma estudante de Medicina. Disse-lhe sobre como tinha crescido com uma família fleumática, na qual tinha sido adotado pelo pai, um policial. Na escola tinha sido

tirânico por outros meninos que o achavam afeminado. Concluiu logo que tinha interesse sexual por outros garotos, mas sentia-se intensamente humilhado perante eles e nunca pôde conversar com seus pais sobre isto e compartilhar com eles suas preocupações. Quando adulto, teve a coragem de contar a eles, mas ficou desapontado e irritado com as reações deles. Foi pouco depois deste episódio que desenvolveu estas dores faciais atípicas.

Após ter contado sua história para a estudante, ficou agradavelmente surpreso, ao perceber que suas dores tinham desaparecido. Ambos puderam, neste momento, concluir que estas emoções perturbadoras estavam contribuindo significativamente para os sintomas orgânicos. A escuta especial por uma pessoa terna e acolhedora, facilitou o desaparecimento temporário dos sintomas que o incomodavam há anos. Ficava prestes a chorar mas, por causa de sua tendência a suprimir os sentimentos, não podia chorar. Concluiu que era necessário consultar um psicoterapeuta, um profissional com quem pudesse falar sobre sua vida, sua infância, seus medos, suas emoções e assim superar sua dor, que era psicossomática. Em resumo, começou logo a fazer sua psicoterapia.

Os românticos inventaram a palavra “psicossomática” para descrever determinadas circunstâncias que eles consideravam que precisavam de uma explicação orgânica e emocional. Essas eram uma reação ao materialismo científico que prevalecia na medicina do século XIX, cujas descobertas revolucionaram a prática clínica e a compreensão médica da doença, por meio de novos conhecimentos sobre a anatomia patológica. Entretanto, não foi antes do fim do século XIX que, através do trabalho de Charcot, de Breuer e de Freud, nós ganhamos alguma compreensão de como a mente pode influenciar o corpo. Esta compreensão especial sobre psicossomática foi efetivada com as descobertas sobre a condição psicossomática do distúrbio de conversão (denominado “histeria de conversão”, naquela época) e a concepção de Freud sobre o funcionamento da mente inconsciente.

Os capítulos tratam sobre as circunstâncias psicossomáticas dos pacientes e o lugar especial da psicoterapia para a elaboração dos conflitos e superação dos sintomas psicossomáticos. As emoções e pensamentos estão em contínua interação com o corpo. Nós ficamos vermelhos de vergonha, suamos e trememos com ansiedade, perdemos o sono e, na depressão, ficamos facilmente mais cansados e desgastados. Do mesmo modo, o coração bate mais rápido e, quando estamos excitados, sentimos mais energia física. Sob determinadas circunstâncias, sentimos

uma separação mental de nosso corpo, um problema frequente nas personalidades esquizóides. Sob outras circunstâncias, por exemplo, ao experimentar uma dor orgânica crônica e intensa, ficamos preocupados com o corpo ao ponto de uma exaustão mental (*burnout*). Nas doenças orgânicas graves e potencialmente letais, tal preocupação inclui o medo intenso, a ameaça iminente da morte, assim como a tristeza e pensamentos depressivos.

Algumas doenças orgânicas, com seus efeitos no cérebro, produzem distúrbios emocionais e alterações principais no pensamento e mesmo na consciência. Nosso sistema endócrino, por exemplo, pode influenciar emoções, de modo que, se a tireóide estiver superativa, os níveis aumentados de hormônio da tireóide podem nos trazer sentimentos de tensão. Inversamente, se a tireóide estiver pouco ativa, é provável que haja uma depressão secundária às mudanças no metabolismo cerebral (Lishman, 1978, p. 596; p. 607). Na hiperatividade da córtex supra-renal, um paciente pode tornar-se deprimido ou maníaco, quando houver importantes alterações nos níveis de corticosteróides. O mesmo é válido para quando um paciente precisa tomar esteróides, como uma droga indicada no tratamento da asma brônquica crônica ou para artrite reumatóide crônica. Em um outro exemplo, a memória pode severamente estar afetada por determinadas deficiências de vitamina, tais como a deficiência da vitamina B6 na síndrome de Korsakov, consequência do alcoolismo.

Em doenças mentais, tais como a depressão maior ou a ansiedade, há umas mudanças profundas na função corporal. Em uma grave depressão, os pacientes negligenciam, frequentemente, os cuidados consigo mesmo. Têm interrupções de sono, acordam cedo pela manhã e estão cansados e facilmente entram em fadiga; sentem falta de energia e tem diminuição da libido. Além disso, pode haver constipação intestinal e perda de apetite, com consequente perda de peso. Em uma mulher, pode igualmente haver amenorréia, com total interrupção da menstruação, ou uma disfunção menstrual, como as dismenorréias, espasmódica ou congestiva. Na ansiedade, há sinais generalizados de ativação do SNA, de modo que as pupilas ficam dilatadas, acompanhados por transpiração e tremor das mãos. A boca fica seca e pode haver náuseas, vômitos e diarreia. Há aumento da frequência de pulsações e podem ser experimentadas palpitações. Há dificuldade para se levantar da cama e sentimentos de cansaço.

Como pode ser visto nos exemplos acima, na saúde e na doença há uma interação vital entre a mente e o corpo, e nós estamos constantemente conscientizados da

nossa própria existência psicossomática e da de nossos pacientes. Embora a psicologia psicossomática esteja relacionada com a compreensão da influência de pensamentos e de emoções sobre o corpo, nós sabemos que, na realidade, esta é parte de um processo de dupla via, especialmente porque cada condição psicossomática pode evocar sentimentos de ansiedade e medo muito semelhantes em outras doenças orgânicas. Os pacientes podem sentir-se estigmatizados pelo diagnóstico de doença psicossomática, sentindo que o profissional está insinuando que estão inventando os sintomas, ou que estes são apenas produtos da imaginação quando, na realidade, sentem a dor e o sofrimento referidos. Também, se logo após diagnóstico, o médico encaminha estes pacientes para profissionais especializados em intervenção psicológica, eles podem sentir-se rejeitados e abandonados pelo médico, caso haja sentimentos contratransferenciais de incompetência ou de ressentimentos.

Muitas circunstâncias psicossomáticas não são apenas psicossomáticas: uma dor lombar começa por uma postura inadequada, e interage, na artrite, com as mudanças na estrutura da coluna vertebral, conduzindo a dor local e possivelmente referida, podendo ser afetada também uma depressão ou uma ansiedade pré-existentes, tornando pior a condição psicossomática. Os sintomas da dor podem ser produzidos por este transtorno emocional, de ansiedade e depressão e podem levar ao medo, à resignação e ao desamparo, com possíveis ganhos secundários (o desenvolvimento do papel de um comportamento doente perante a doença), com complexos desdobramentos entre o paciente, a equipe de saúde e o ambiente.

Há igualmente os fatores inconscientes (Winnicott, 1989) que mantêm um sintoma psicossomático, que fazem um paciente resistente reconhecer o papel de suas emoções, que produzem ou agravam os sintomas. Tal resistência tem que ser respeitada pelo psicoterapeuta no princípio do tratamento, ocasião em que pode ser intenso o medo da dependência absoluta da pessoa do psicoterapeuta. Winnicott (1989) e Balint (1964) ambos observaram que estes pacientes adquirem, freqüentemente, uma disposição vasta de especialistas que tomam conta deles em maneiras diferentes, desenvolvendo assim dependências múltiplas. Estas dependências podem refletir a rachadura significativa no inconsciente do paciente e protegem-no de tornar-se demasiado dependente de uma pessoa sozinha.

Há um número de sistemas psicobiológicos em que cérebro e corpo interagem, incluindo o SNC, o SNA, o sistema endócrino e o imunológico. Em cada sistema, há

não somente os efeitos do cérebro no corpo, mas igualmente relações complexas, dando a informação ao cérebro sobre os órgãos internos, os tecidos e os efeitos da autorregulação (no capítulo 4). Estes sistemas psicobiológicos são influenciados pelo estado emocional que, por sua vez, é influenciado por fatores inconscientes e conscientes.

Freud considerava os sintomas orgânicos do transtorno de conversão (*histeria de conversão*) como sintomas orgânicos que podiam ser compreendidos como a representação simbólica, na linguagem do corpo, de um conflito inconsciente e subjacente, ainda não resolvido pelo ego. Este conflito representa o paradoxo expresso pelo desejo inconsciente, de um lado e por outro, pelas emoções dolorosas; porém, o paciente se esforça por manter o conflito no inconsciente, mostrando, de maneira evidente, ao psicanalista, o emprego de muitos mecanismos de defesa complexos, como a negação, a repressão e a conversão, nos quais o sintoma orgânico imita uma deficiência do sistema nervoso sensorial (aférente) ou do sistema nervoso motor (eferente). A definição do conflito implica em um acordo do ego, para se livrar dos sintomas orgânicos, mantendo no inconsciente os desejos inconscientes de seu adoecimento.

Outro caso, apresentado por Schoenberg:

Uma filha quer tratar o medo de sua hostilidade não resolvida para com a mãe, que havia morrido recentemente e de quem tinha cuidado anteriormente, quando a mãe teve uma paralisia no pé. A hostilidade estava associada ao desejo inconsciente de ter desenvolvido uma fraqueza no mesmo pé doente que a mãe tinha, em vez de enfrentar a dor pela perda e os sentimentos ambivalentes para com a mãe.

Freud concluiu que tais conflitos pertencem principalmente à infância, quando descobriu que muitos de seus pacientes tinham tido abuso sexual na infância; que, então, tinha despertado o medo, a culpa, a excitação e a humilhação, mas que reprimira e tinha sido esquecido subseqüentemente. Estes conflitos reaparecem por um conflito novo no presente que tinha resgatado as memórias do passado, fazendo com que o sintoma da conversão ocorra. Nós ainda vemos o transtorno de conversão em clínicas neurológicas e médicas e nos pacientes que sofrem de transtornos de estresse pós-traumático, tais como aqueles que estiveram em regiões de guerra (ver Somatização no capítulo 5).

Freud, ao fazer estas associações entre os conflitos e a linguagem corporal inconsciente no distúrbio de conver-

são, conduziu seus colegas médicos, especialmente o alemão George Groddeck (1977), a especular que outras circunstâncias orgânicas podiam estar relacionadas ao estresse, e tivessem a rendição do significado simbólico em uma combinação da Psicanálise com a Medicina. Mais tarde, a psicanalista norte-americana Helen Flanders Dunbar argumentou que a vulnerabilidade da personalidade de um paciente com uma determinada condição orgânica podia mantê-la por mecanismos psicológicos diferentes da conversão. Isto conduziu ao desenvolvimento da Escola de Psicanálise de Chicago, cujos membros argumentavam que personalidades específicas estavam associadas a doenças psicossomáticas específicas (Alexander, French e Pollock, 1968) (ver “Esboço histórico” no capítulo 2).

Já não se considera a personalidade como especificamente responsável por uma doença em particular, mas, sob determinadas circunstâncias psicossomáticas determinados fatores psicológicos, interagem com as várias vulnerabilidades não específicas em uma personalidade, na compreensão da doença psicossomática. Isto acontece porque são afetados o processamento das emoções e seu controle no cérebro, conduzindo a mudanças no corpo que, então, precipitam ou mesmo contribuem para uma doença psicossomática ou mudança de funcionamento mental (ver no capítulo 3 “O espaço para a psicoterapia dos transtornos psicossomáticos”).

## Definição

Como definição de doença Psicossomática, Schoenberg propõe que é toda doença orgânica em que os fatores psicológicos desempenham um papel significativo em sua precipitação e manutenção e, em determinados casos, também na causa. Na prática, os fatores psicológicos são raramente os únicos ou mesmo os predominantes, exceto no caso dos transtornos alimentares, transtornos de conversão, hipocondria e transtornos da imagem corporal. Os fatores psicológicos são, freqüentemente, apenas um de um grupo de muitos outros fatores, incluindo fatores genéticos, imunológicos e ambientais (por exemplo, infecções) e, até agora desconhecidos, os fatores orgânicos que conduzem ao início e à manutenção de uma condição. Enquanto os fatores psicológicos, tais como o luto patológico, podem agir como precipitantes da doença, não podem ser considerados como sendo a causa principal.

## Tipos de doenças psicossomáticas

As doenças psicossomáticas mais comuns são os distúrbios funcionais do corpo em que a fisiopatologia

leva aos sintomas orgânicos: não há nenhuma patologia estrutural (isto é, nenhum dano aos tecidos do corpo). Os sintomas são chamados, freqüentemente, de somatizações ou de transtornos somatoformes, responsáveis por aproximadamente 30% dos atendimentos da clínica médica de pacientes de ambulatório. Algum ajuste em classificações diagnósticas como os transtornos de conversão (chamada inicialmente de histeria de conversão), os transtornos de somatização, o transtorno da imagem corporal, (chamada anteriormente dismorfofobia), a hipocondria, a síndrome de cólon irritável, o prurido (*itching*), a síndrome de fadiga, as dismenorréias e a dor de cabeça crônica de tração. Entretanto, muitas outras somatizações desafiam uma classificação precisa e podem ser breves na duração e não tão distintas em sua manifestação.

No capítulo 5, Schoenberg considera muitos grupos diagnósticos de somatização.

Com freqüência menos comum, mas mais ameaçadores à vida estão os transtornos alimentares, nos quais o resultado é a limitação do peso, culminando nos raros casos de anorexia nervosa, ou nos mais comuns como a bulimia. Estes transtornos – desordens são considerados nos capítulos 6 e 7. Nestas condições há alto risco significativo para a saúde e o bem-estar. Na anorexia nervosa, há igualmente um risco elevado de suicídio (mais alto do que para qualquer outra condição psiquiátrica). Aqui há uma perda de peso significativa produzida pela auto-inanição causada por um medo mórbido de estar gordo. Na bulimia nervosa, o paciente recorre à compulsão de provocar o vômito (*binge*) e vomitar e, embora não haja perda de peso significativa, o paciente pode estar em perigo por transtornos metabólicos significativos. Na obesidade psicogênica, o paciente ganha uma quantidade significativa de peso, pondo em perigo a saúde e a expectativa de vida, assim como fica envergonhado com sua aparência, o que influi em suas atividades sociais normais.

Onde quer que representem uma singular desordem funcional do corpo, Schoenberg considera-os nos capítulos 8 a 14, dedicados especialmente a transtornos dos sistemas do corpo humano: transtornos gastrointestinais, dermatológicos, cardiovasculares, respiratórios, músculo-esqueléticos, cefaléias e ginecologia-obstetrícia.

Menos bem compreendidos estão os transtornos estruturais, em que o “stress” interage, de alguma forma, com vulnerabilidades da personalidade do indivíduo, de tal forma a causar interações mente-corpo que danificam tecidos no corpo: estes tecidos podem, por si mesmos, ser mais vulneráveis por outras razões (e.g. genéticas). Na doença



psicossomática, há uma patologia estrutural (mudança no tecido) e funcional (mudança fisiológica). As diferentes hipóteses psicossomáticas sobre estas condições são muito controversas: os médicos e os psicoterapeutas discordam tradicionalmente quanto ao peso relativo atribuído aos fatores psicológicos para estas condições, sobre a relevância potencial da vulnerabilidade da personalidade como causa. Todos reconhecem, no entanto, que estas condições psicossomáticas têm etiologia multifatorial, isto é, são multicausais, incluindo fatores físicos genéticos, imunológicos e ambientais, assim como os fatores psicológicos. O significado relativo de qualquer um destes fatores pode variar de indivíduo para indivíduo, como, por exemplo, nas doenças inflamatórias do colón (ver também Hogan, 1995), tratadas no capítulo 8, ou variar de acordo com estágios diferentes do ciclo de vida, como por exemplo, na asma brônquica crônica (Capítulo 2).

Os fatores psicológicos são complexos e pouco conhecidos; envolvem uma corrente de interações entre situações de vida externas e estressantes, como uma perda ou a ameaça de uma perda, isto é, um evento na vida, com a vulnerabilidade emocional de um indivíduo organicamente susceptível. O distúrbio emocional consequente, possivelmente uma desregulação das emoções (Droždek & Wilson, 2007; Hogan, 1995; Sapolsky, 2003; Wiese, 2007), leva a mudanças nos sistemas reguladores do binômio cérebro-corpo, por exemplo, SNA, sistema neuroendócrino e neuroimunológico (ver o capítulo 4). Estes sistemas podem afetar um órgão de alvo vulnerável a nível celular ou metabólico, por exemplo, a célula mucosa do colón na colite ulcerativa, ou as células da musculatura lisa e da mucosa brônquica na asma, para produzir os sintomas orgânicos (dores abdominais, alteração de movimentos das entranhas e sangramento, às vezes rectal, na colite ulcerosa, e o broncoespasmo, dispnéia e sibilos na asma brônquica, respectivamente).

O grau em que os fatores psicológicos têm uma influência nestas condições, é igualmente muito variável como, por exemplo, na colite ulcerativa e asma. Esta variabilidade tem sido responsável pelo ceticismo de alguns médicos sobre a influência dos fatores psicológicos e pela demora com que encaminham os pacientes para o tratamento com a psicoterapia. Até agora, somente em uma desordem estrutural, os fatores psicológicos foram provados cientificamente como causas da patologia estrutural: no transtorno do “stress” pós-traumático, em que, se a situação estressante for suficientemente prolongada, há dano encefálico nos tecidos da amígdala

cerebral e do hipocampo (Droždek & Wilson, 2007; Sapolsky, 2003; Wiese, 2007)) tendo como consequência reações emocionais muito semelhantes a fobias particulares de pacientes com epilepsia, como no medo ictal (Araújo Filho, Rosa, Caboclo, Sakamoto, & Yacubian, 2007; Chiesa et al., 2007; Fogarasi, Janszky, & Tuxhorn, 2007; Leung et al., 2008; Rosa et al., 2006).

Apesar de tudo, as condições mais extensivamente pesquisadas parecem apontar para a evidência de papel significativo dos fatores psicológicos no estresse e dos eventos da vida como disparadores de fisiopatologia em importantes órgãos do corpo humano ou de sistemas corporais, como na eczema, neurodermatite, urticária, úlcera péptica crônica, na doença inflamatória de colón (colite ulcerativa e doença de Crohn), asma brônquica, doença arterial coronariana e hipertensão essencial. São revistos nos capítulos 8-14, a evidência da origem de variáveis psicológicas e o papel de várias intervenções psicoterapêuticas no sistema corporal relevante.

Freqüentemente, a relutância do médico em considerar a relevância de fatores psicossomáticos doenças estruturais, termina por um conluio inútil e inconsciente com a parte destrutiva da personalidade do paciente, que enfatiza uma solução estritamente orgânica e mecanicista. A clínica de pacientes psicossomáticos exige a cooperação cuidadosa de todos: o clínico geral, o médico especialista e o psicoterapeuta. Desta maneira, um paciente pode ser examinado de forma adequada por vários profissionais, incorporando o tratamento psicológico como parte integrante do tratamento pela equipe multidisciplinar.

Quando se explora o significado possível de causas psicológicas (eventos da vida) na origem de um transtorno psicossomático, é preciso distinguir entre os eventos que podem precipitar uma doença e outras ocorrências provavelmente casuais na vida de uma pessoa (Droždek & Wilson, 2007; Miller, 1989; Wiese, 2007). Esta distinção pode ser difícil, se apenas for levada em conta a relação de fatos clínicos inferidos apenas do material de sessões de psicoterapia.

A história antiga da psicossomática é considerada especificamente no capítulo 2, ao qual se segue um resumo das perspectivas psicanalíticas contemporâneas sobre o manejo e o tratamento dos transtornos psicossomáticos (Capítulo 3). Este capítulo contém ainda referência sobre como serão abordados os transtornos psicossomáticos do indivíduo, assim como o capítulo 4, que define o estresse corporal e discute como eventos estressantes da vida psicológica interagem com o cérebro e levam a mudanças

fisiopatológicas no organismo. Há tantos paradoxos sobre o papel dos fatores psicológicos no câncer, que Schoenberg dedicou um capítulo especial para este assunto: *Psychosomatic Approaches to Cancer* (capítulo 15)<sup>1</sup>.

Em todos os transtornos psicossomáticos do indivíduo, Schoenberg descreve a história natural, faz uma apresentação clínica, comenta a etiologia, inclui a evidência da contribuição psicológica como uma possível causa, discute as teorias pertinentes, bem como faz uma revisão da eficácia do tratamento médico e psicológico, especialmente da psicoterapia psicanalítica.

A psicologia psicossomática é uma área de estudo emocionante e compensadora para o psicólogo e para o médico, pois oferece a possibilidade de elucidar algumas relações do binômio mente e corpo, na medida em que descobrem, juntos, as maneiras que podem ajudar determinados pacientes a se recuperar das condições de sofrimento e de incapacidade para o trabalho (Alexander, French, & Pollock, 1968; Droždek & Wilson, 2007; Heleno, 2001; Hisada, 2003; Hogan, 1995; Miller, 1989; Stora, 1999; Wiese, 2007; Winnicott, 1994).

Muitos trabalhos de psicoterapeutas dão uma ênfase exagerada ao funcionamento mental, ao passo que muitos artigos médicos podem apresentar excessiva ênfase na fisiopatologia organicista. A psicoterapia psicanalítica e a medicina precisam encontrar maneiras de buscar a integração da mente com o corpo, valorizar o trabalho de equipe para conseguir maior compreensão e tratamento eficaz para os transtornos psicossomáticos. Para isto, é necessário que os médicos e os psicólogos examinem os pacientes sob o enfoque psicossomático para um tratamento eficaz.

O livro focaliza a utilização da psicoterapia no tratamento dos transtornos psicossomáticos e a considera como uma forma coadjuvante no tratamento psicossomático dos pacientes. É uma forma de ajudar futuras gerações de pesquisadores em psicologia da saúde a se interessar pelo assunto e a considerar o enfoque psicossomático na clínica de todos os pacientes.

## Referências

- Alexander, F., French, T. M., & Pollock, G. H. (1968). *Psychosomatic specificity. Vol.1: Experimental study and results*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Araújo Filho, G. M. d., Rosa, V. P., Caboclo, L. O. S. F., Sakamoto, A. C., & Yacubian, E. M. T. (2007). Prevalence of psychiatric disorders in patients with mesial temporal sclerosis. *J. Epilepsy Clin. Neurophysiol.*, 13(1), 13-16.
- Chiesa, V., Gardella, E., Tassi, L., Canger, R., Lo Russo, G., Piazzini, A., et al. (2007). Age-related gender differences in reporting ictal fear: analysis of case histories and review of the literature. *Epilepsia*, 48(12), 2361-2364.
- Droždek, B., & Wilson, J. P. (2007). *Voices of Trauma: treating survivors across cultures*. New York: Springer.
- Fogarasi, A., Janszky, J., & Tuxhorn, I. (2007). Ictal emotional expressions of children with partial epilepsy. *Epilepsia*, 48(1), 120-123.
- Heleno, M. G. V. (2001). Organizações patológicas e equilíbrio psíquico em pacientes com diabetes tipo II. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 9(15), 75-158.
- Hisada, S. (2003). *Conversando sobre Psicossomática*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Hogan, C. H. (1995). *Psychosomatics, Psychoanalysis, and Inflammatory Disease of the Colon*. Madison: International University Press, Inc.
- Leung, H., Schindler, K., Clusmann, H., Bien, C. G., Popel, A., Schramm, J., et al. (2008). Mesial frontal epilepsy and ictal body turning along the horizontal body axis. *Arch Neurol*, 65(1), 71-77.
- Miller, T. W. (1989). *Stressful Life Events*. Madison: Int. Univ. Press.
- Rosa, V. P., Araújo Filho, G. M., Rahal, M. A., Caboclo, L. O. S. F., Sakamoto, A. C., & Yacubian, E. M. (2006). Ictal fear: Semiologic characteristics and differential diagnosis with interictal anxiety disorders. (Setor de Epilepsia, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP). *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12(2).
- Sapolsky, R. (2003). Taming stress. *Sci Am*, 289(3), 86-95.
- Stora, J. B. (1999). *Quand le corps prend le relève: stress, traumatismes et maladies somatiques*. Paris: Ed. Odile Jacob.
- Wiese, E. B. P. (2007). "I think he is still inside me": mother/child psychotherapy and sandplay with a Kosovar woman and her infant son. In B. Droždek & J. P. Wilson (Eds.), *Voices of Trauma: treating survivors across cultures* (pp. 271-294). New York: Springer.
- Winnicott, D. W. (1994). A enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos (1964) (J. O. d. A. Abreu, J. O. Outeiral, R. B. Graña, A. Kiperman & B. P. Netto, trad.). In C. Winnicott, R. Shepherd & M. Davis (Eds.), *Explorações psicanalíticas: Donald Winnicott* (pp. 82-90). Porto Alegre: Artes Médicas.

Artigo recebido pela Comissão Editorial em 12/11/2007 e aprovado para publicação em 18/12/2007

<sup>1</sup> Ver o artigo *Uma criança com câncer atendida pela equipe multiprofissional da clínica da dor*, de Rosa, C.P. & Fernanda R. Di Lione, Mestre em Psicologia da Saúde pela City University de Londres.